МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ВТОРОЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. Н. И. ПИРОГОВА

Для служебного пользования

Экз. № **000015**

ТОМ CLXXVII
Серия — организация здравоохранения
ВЫПУСК 8

КОМПЛЕКСНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

(медико-демографические аспекты)

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

*Под редакцией член.-корр. АМН СССР, профессора
Ю. П. Лисицына*

МОСКВА—1982

(m±1,85) курящих, среди неподозреваемых на ХНЗЛ курильщиков 57% (m±2,78) (t = 4,48; p>0,001).

На следующем этапе предполагается выкопировка всей медицинской документации на этих лиц с проведением экспертной оценки качества лечения и опрос по подробной анкете для выявления отрицательно влияющих на здоровье факторов в трех возрастных периодах (детство и юношество, период приобретения специальности, первый период трудовой деятельности) и способствующих формированию ХНЗЛ у 30—39-летних мужчин.

На основании вышеизложенного сделаны следующие выводы:

1. При анализе данных, полученных при выборочном изучении заболеваемости населения г. Ижевска в 1969—71 гг., выявлены возрастные группы с наибольшей распространенностью острых и хронических заболеваний органов дыхания среди населения, обнаружены недостатки в госпитализации этой категории больных;

2. Когортное ретроспективное анамнестическое исследование позволит выявить отрицательно влияющие на здоровье факторы, недостатки медицинского обслуживания, ведущие к формированию ХНЗЛ у мужчин трудоспособного возраста, росту инвалидности, смертности, большим трудовым потерям.

Злоупотребление алкоголем и здоровье населения

Н. Я. Копыт

(Москва)

Многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем является одним из неблагоприятных факторов, влияющим на здоровье населения (показатели заболеваемости и смертности). На связь хронического алкоголизма с заболеваниями внутренних органов указывают А. Г. Гукасян (1968), В. М. Банщиков (1970), А. К. Качаев (1970), С. З. Пащенков (1972), А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая (1973), И. В. Стрельчук (1973), В. Н. Кочегуров (1980) и др. Злоупотребление алкоголем влияет на уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности (Анисимов Р. П., 1966; Антропова В. Г., 1969; Анохин Л. В., 1970, 1976; Гаврилов Н. И. с соавт., 1969: Каменков К. А., 1967; Чекайда О. П., 1976 и др.).

Злоупотребление алкоголем, способствуя развитию соматических и психических заболеваний, прямо или косвенно является одной из причин смертности населения. По данным ВОЗ алкоголизм и связанные с ним заболевания как причина смерти уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Прослеживается прямая зависимость между уровнем смертности от алкогольных заболеваний, в частности от цирроза печени, и уровнем потребления алкоголя на душу населения. Так, по данным F. Steudler (1974) самый высокий показатель смертности от цирроза печени (47,0 на 100 тыс. населения) отмечен во Франции, где отмечается самый высокий уровень потребления алкоголя на душу населения (28 л в год — на лиц старше 20 лет); на втором месте находится Италия, где эти показатели соответственно составляют 14,2 и 20 л. На почве алкоголизма происходит от 17 до 22,4% всех суицидальных попыток (I. Santomaria, 1972), а по данным I. Moser (1974) около 40% алкоголиков в различных странах совершают суицидальные попытки. Со злоупотреблением алкоголя, как сообщает американский журнал «Us Nws and World Report» (1973, № 10), связана половина всех несчастных случаев на транспорте со смертельным исходом, половина всех убийств, четвертая часть самоубийств, а всего около 100 тыс. случаев смерти в год прямо или косвенно связано с алкоголизмом.

Результаты проведенного нами специального исследования подтверждают влияние злоупотребления алкоголем на такие основные показатели здоровья, как заболеваемость и смертность населения.

Было установлено, что в группе мужчин, злоупотреблявших алкоголем (больные алкоголизмом, состоящие на учете в наркологических диспансерах, и пьяницы, зарегистрированные в медвытрезвителях и на станции скорой медицинской помощи), уровень общей заболеваемости на 20% выше по сравнению со взрослым мужским населением (1689,1‰ против 1403,5‰). Сравнительно высокий уровень заболеваемости у мужчин, злоупотребляющих алкоголем установлен по отдельным классам и группам болезней — несчастные случаи и травмы (в 2,7 раза), психические расстройства, туберкулез органов дыхания, венерические болезни, гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких, болезни печени (почти в 2 раза). Так, несчастные случаи, травмы (378,3‰) у мужчин, злоупотребляющих алкоголем, находятся на 2-м месте в структуре заболеваемости после болезней органов дыхания и составляют 22,4% в то время, как среди

всего мужского населения они находятся на 4 месте и составляют всего 9,8%.

Выявляется определенная связь уровня заболеваемости в зависимости от возрастных особенностей. Наиболее существенные различия в уровне заболеваемости выявляются у мужчин злоупотребляющих алкоголем, по сравнению с мужским населением в возрасте до 40 лет, что обусловлено относительной однородностью сравниваемых групп в этом возрасте по состоянию здоровья. После 40 лет происходит определенное «накопление» хронических болезней, возникающих в результате многих факторов и влияния такого фактора, как злоупотребление алкоголем, становится менее заметным. Однако, это не означает, что с возрастом злоупотребление алкоголем меньше влияет на здоровье населения. Напротив, оно больше, о чем свидетельствуют косвенные доказательства. Но для получения наиболее убедительных статистических данных требуется проведение дополнительных конкретных исследований с применением иных методических подходов, связанных, прежде всего, с отбором более однородных групп в старших возрастах.

Выборочное исследование причин смерти на группе умерших мужчин, злоупотреблявших алкоголем, показало, что первое место в структуре причин смерти у них занимают несчастные случаи и травмы (47,6%), из них одна треть случаев смерти составляет острые отравления алкоголем, около половины приходится на несчастные случаи, связанные с транспортом. Следует отметить, что смерть от несчастных случаев преобладает в молодом и среднем возрасте — от 20 до 50 лет (75,9%). Характерно, что на этот возраст приходится почти 60% всех смертельных случаев.

Хотя на долю сердечно-сосудистых заболеваний в структуре причин смерти мужчин, злоупотребляющих алкоголем, приходится около 30% (преимущественно от ишемической болезни сердца — 40%), однако смерть у них по этой причине в 60% случаев наступает в возрасте до 60 лет (среди всего мужского населения 75% умирает от сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте старше 60 лет).

Аналогичные особенности выявляются и при анализе причин смерти от новообразований, удельный вес которых в структуре причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, составляет 7,4%. Подавляющее большинство (67,1%), умерших от этой причины приходится на возраст от 40 до 60 лет.

Смертные случаи от болезней органов пищеварения у мужчин, злоупотреблявших алкоголем (57% от всех причин)

также в основном приходятся на возраст до 50 лет — 71,2% (на долю этого возраста среди всего мужского населения, умершего по этой причине приходится около 20%).

Отмеченные общие и возрастные особенности в структуре причин смерти мужчин, злоупотреблявших алкоголем, убедительно свидетельствуют и статистически подтверждают утверждения клиницистов о влиянии злоупотребления алкоголем на заболевания внутренних органов и травматизм. Следовательно, активная и целенаправленная борьба с алкоголизмом и пьянством должна занять важное место в комплексе мер по снижению заболеваемости и смертности населения, что будет способствовать улучшению неблагоприятной демографической ситуации, которая складывается в настоящее время. В комплексе противоалкогольных мероприятий особое внимание должно уделяться мерам по повышению уровня пропаганды здорового образа жизни и искоренению вредных для здоровья привычек.

Демографические проблемы, связанные с потреблением спиртных напитков

В. П. Бокин

(Москва)

Современная демографическая ситуация в СССР требует принятия комплекса взаимосвязанных мер, направленных на улучшение воспроизводства населения, повышение эффективности борьбы за жизнь и здоровье, нормальное физическое и духовное развитие людей. Считаем, что в этом направлении следует шире использовать разнообразные мероприятия, проводимые в области борьбы с пьянством и алкоголизмом, с которыми связаны серьезные демографические проблемы. Это прежде всего влияние на репродуктивные процессы, заболеваемость, смертность и среднюю продолжительность жизни населения. Во многих странах проблемы, связанные с потреблением спиртных напитков достигли такого уровня, что оцениваются как национальное бедствие, коллективное самоубийство наций, путь к катастрофе человечества.

За последние четверть века потребление алкоголя в 25 странах мира повысилось. Особенно высокими темпами распространяется злоупотребление алкоголем среди подростков, молодежи и женщин. Параллельно увеличивается заболеваемость хроническим алкоголизмом. По данным ВОЗ и сведениям литературы, в некоторых высоко-

развитых странах около 10% населения страдает хроническим алкоголизмом. Отмечается увеличение потребления спиртных напитков и в нашей стране. В связи с этим также возникают значительные проблемы. Например, за период с 1930 по 1965 гг. число больных алкоголизмом в отдельных территориях возросло более чем в 50 раз (Б. Н. Дмитриев, 1967).

Важнейшей задачей является разработка мер по снижению и прямого и косвенного влияния пьянства и хронического алкоголизма на детородную функцию, развивающийся плод и новорожденного. А эти неблагоприятные воздействия весьма велики. Злоупотребление алкоголем является наиболее частой причиной бесплодного брака. Пьянство во время беременности задерживает развитие плода (Хроника ВОЗ 1980, № 2). У хронических алкоголиков «поломки» хромосом встречаются в 12 раз чаще, чем у нормальных людей, результатом чего могут быть серьезные врожденные дефекты и различные генетические заболевания. Во Франции, где население начинает употреблять алкогольные напитки, как правило, в подростковом возрасте, умственная отсталость встречается в огромном проценте случаев. В ФРГ около 600 тыс. женщин страдают хроническим алкоголизмом и примерно 5000 детей ежегодно рождаются уже с алкогольным синдромом. Кроме того, среднее количество абортов среди женщин, имеющих мужей-пьяниц, в 2—2,5 раза больше, чем в благополучных в этом отношении семьях. Снижают рождаемость и разводы, которые в 40—47% случаев связаны со злоупотреблением алкоголем.

Таким образом, злоупотребление спиртными напитками не только снижает рождаемость, но и влечет угрозу вырождения потомства.

Не менее серьезные демографические проблемы возникают и в связи с вредным влиянием злоупотребления алкоголем на здоровье населения в целом. Действие алкоголя на организм человека необычайно многопланово. Страдают и психическая, и неврологическая, и соматическая сферы. В психиатрической литературе даже закрепился такой термин, как «инвалидизация мозга» у лиц, злоупотребляющих алкоголем. В результате чего, они и профессионально, и социально деградируют раньше, чем износится их физическое здоровье от пьянства. Среди этого контингента выявляется большой процент тунеядцев, расхитителей государственного и иного имущества, хулиганов и преступников. Увеличивается число погибших и число раненых при дорожно-транспортных происшествиях. По данным НИИ безопасности дорожного движения свыше 30% их происходит по вине пьяных водителей. Кроме того, каждый 5-й (на отдельных дорогах — каждый 2-й) пешеход и каждый 2-й пассажир, по вине которых возникло дорожно-транспортное происшествие, находились в состоянии алкогольного опьянения.

Высокая соматическая заболеваемость лиц, злоупотребляющих алкоголем также ложится тяжелым бременем на плечи общества. Наши исследования показывают, что общая заболеваемость у мужчин, злоупотребляющих алкоголем в 1,2 раза выше заболеваемости взрослого мужского населения в целом. В частности заболеваемость туберкулезом выше в 3,4 раза, болезнями нервной системы и органов чувств— 3 раза, гипертонической болезнью — 2,5 раза, венерическими болезнями, психическими расстройствами, неврозами — 2 раза и т. д. По данным ВОЗ, алкоголь является причиной одной четверти случаев всех сердечно-сосудистых заболеваний. Клинические и эпидемиологические исследования указывают на связь пьянства и алкоголизма, особенно в сочетании с курением, с развитием раковых заболеваний, в частности рака полости рта, гортани, голосовых связок, пищевода и печени. Во всем мире от 60 до 90% заболеваний раком печени развивается у больных, страдающих алкоголизмом. Риск развития рака пищевода у лиц, потребляющих в больших количествах крепкие спиртные напитки в 25 раза выше, чем у непьющих, а для употребляющих пиво — в 10 раз. Совершенно очевидно влияние злоупотребления алкоголем и на уровень травматизма. С каждым третьим мужчиной из числа злоупотребляющих алкоголем в течение года обязательно происходит какой-нибудь несчастный случай. Надо также отметить, что если у взрослого мужского населения максимальный уровень заболеваемости приходится на возраст 60 лет и старше, то у лиц, злоупотребляющих алкоголем — на трудоспособный возраст. Следовательно, еще больше обостряется проблема трудовых ресурсов.

По данным ВОЗ, пьянство и связанные с ним заболевания как причина смерти уступают лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям. Статистическое обследование, организованное страховыми компаниями США, показало, что средний уровень смертности систематически пьющих в 2 раза выше, чем непьющих. Наши данные показывают, что 60% лиц, злоупотребляющих алкоголем умирают в самом производительном возрасте — до 50 лет. И. В. Стрельчук, изучавший причины смерти у хронических алкоголиков установил, что примерно 96% их умерли в возрасте до 60 лет. Следовательно, пьянство и ал-

коголизм являются серьезным препятствием в борьбе за увеличение средней продолжительности жизни населения. Злоупотребление алкоголем сокращает среднюю продолжительность жизни примерно на 20 лет. По данным И. В. Стрельчука, у больных хроническим алкоголизмом она составляет 55 лет.

Для целенаправленного решения возникающих в этой области задач, необходимо расширить совместные исследования социал-гигиенистов, психиатров, наркологов, акушер-гинекологов, педиатров, социологов, экономистов и демографов и на основе вскрытых здесь закономерностей наметить систему дифференцированных мероприятий по ликвидации и предупреждению демографических последствий пьянства и алкоголизма применительно к конкретным регионам и территориям страны.

О некоторых демографических факторах пьянства

В. Г. Запорожченко

(Москва)

Злоупотребление алкоголем является одной из самых болезненных проблем современности. Как показывают многочисленные исследования (Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт, 1978[1], О. П. Чекайда, 1976[2], В. М. Ястребов, 1973[3] и т. д.) злоупотребление алкоголем непосредственно влияет на показатели здоровья населения: смертность, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, инвалидность и т. п. А это влечет за собой огромные потери: недожитые годы, инвалидность, сниженную трудоспособность, сопровождающиеся недоданной продукцией на миллиарды рублей. Кроме того, злоупотребление алкоголем непосредственно влияет на психическое здоровье населения, особенно детского. Это, прежде всего, дети с различными формами умственной отсталости, социально запущенные и т. д., которые в условиях НТР и дефиците трудовых ресурсов тяжелым бременем ложатся на плечи общества.

[1] Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт. Алкоголизм. (Социально-гигиенические аспекты). М., Медицина, 1978, стр. 231.

[2] О. П. Чекайда. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности лиц, злоупотребляющих алкоголем. «Советское здравоохранение», 1976, № 5, стр. 50—55.

[3] В. М. Ястребов. Влияние злоупотребления алкоголем на возникновение и течение ишемической болезни сердца. В кн.: Вопросы изучения алкоголизма и организации борьбы с ним. Тезисы докладов. М., 1973, стр. 14—16.

Определенную роль в развитии злоупотребления алкоголем играет диспропорция полов. На протяжении веков у всех народов складывается свой определенный уклад жизни, его обычаи, нравы, привычки, взгляды, определенные действия в соответствующих условиях. Складывалось и определенное отношение к алкоголю, пьянству и пьяницам. В различных местностях был свой уровень пьянства, который регулировался конкретными условиями, отражавшими соответствующую общественно-экономическую формацию. Но в период сильных социальных потрясений привычный уклад жизни менялся существенным образом. После первой и второй мировых войн, например, заметно увеличилось потребление алкоголя в странах, принимавших в них участие (по сравнению с невоевавшими). Здесь важно подчеркнуть, что в этом общем увеличении потребления алкоголя значительная часть приходилась на женщин, что нашло свое выражение в их пьянстве и заболеваемости алкоголизмом. Причины пьянства среди женщин в этих условиях нетрудно видеть: поскольку определенная часть мужчин (мужей, женихов и потенциальных женихов) погибла на фронтах, то разрушились надежды многих женщин на создание семьи. А создание семьи для большинства женщин, как известно, является смыслообразующим элементом в структуре мотивов поведения.

Такая, явно выраженная диспропорция полов сохраняется довольно длительный период времени после окончания войн и оказывает заметное влияние на пьянство. В настоящее время, когда соотношение полов в молодых возрастах выровнялось, проявляет себя скрытая диспропорция полов или организационная. Влияние ее на развитие пьянства довольно существенное.

В условиях развитого социализма потребности общества в сырьевых ресурсах, необходимых для строительства материально-экономической базы коммунизма, чрезвычайно высоки. Это диктует освоение тех регионов страны, которые богаты такими ресурсами. К таким регионам, в первую очередь, относятся Сибирь и Дальний Восток. Несмотря на огромный экономический потенциал и обширную территорию (57,3%), там проживает всего 10,6% населения нашей страны. Плотность населения в этих регионах 2,1 человека на 1 квадратный километр, тогда как по стране в целом — 11,6[1].

Для освоения огромных богатств организуются разнообразные по формам способы привлечения рабочей силы. Это,

[1] Народное хозяйство за 60 лет. М., 1977, стр. 49—51.

в большинстве своем, молодежь, преимущественно мужская. Работа в тяжелых условиях, подчас без элементарных удобств и главное, без привычных условий проведения досуга, приводит к тому, что массовым средством для его относительно комфортного проведения избирается алкоголь. А алкоголь, в свою очередь, выступает в роли провокатора различных антисоциальных действий в разнородной среде прибывшей для работ молодежи, что ведет, порой, к тяжелым последствиям.

По мере освоения региона, строительства жилья, учреждений культурно-бытового назначения, увеличения в структуре женского населения происходит заметное уменьшение пьянства, однако, оно, в силу преемственности, еще долго продолжает оставаться на довольно высоком уровне. А если учесть, что в СССР ежегодно перемещается 11 млн. человек[1], то легко можно видеть опасные последствия таких переселений. Выход из положения, думается, в следующем. Еще на стадии планирования миграционных процессов необходимо исходить, как верно отметил Б. Ц. Урланис[2], из плановой потребности того или иного района в рабочей силе. И, добавим мы, с учетом занятости по полу. Равенство в соотношении численности полов является фактором препятствующим росту пьянства. Поэтому при планировании численности необходимых трудовых ресурсов без учета половой принадлежности, могут возникать серьезные проблемы в судьбах людей и, в частности, в пристрастии к алкоголю.

Как известно, соотношение полов в целом по стране в молодых возрастах выровнялось. Однако при освоении такого района, например, как Набережные Челны, в результате просчетов плановых органов образовался избыток молодых женщин. Так, при общей численности населения Набережных Челнов в 330 тыс. человек, превышение численности женщин над мужчинами составило около 30 тыс. человек, что сказалось как на росте пьянства среди женщин, так и в целом по городу.

Очень важным профилактическим средством пьянства и алкоголизма, в таких случаях, должно быть, на наш взгляд, введение на ударных комсомольских стройках «сухого закона», как ростков будущего образа жизни. Думается, что партийным и комсомольским организациям, советским органам в современных условиях под силу организовать и провести любое значительное строительство и освоить любой

---

[2] Б. Ц. Урланис. Проблемы динамики населения СССР. М., 1974, стр. 23.
[1] Социологические исследования, 1976, № 1, стр. 46.

регион в условиях «сухого закона», под соответствующим лозунгом («У нас сухой закон!» и т. п.).

Общественный прогресс, НТР, дефицит рабочей силы предъявляют высокие требования к современному рабочему. Поэтому объективно увеличиваются сроки обучения рабочим профессиям. Уже сейчас подготовка высококвалифицированной рабочей силы более чем в половине случаев осуществляется в ПТУ. А в ближайшем будущем в ПТУ будут проходить обучение подавляющее большинство рабочих. При этом значительная часть учащихся ПТУ будет размещена в общежитиях. А антиалкогольная работа в них практически отсутствует, поэтому, как показывает опыт, учащиеся ПТУ, проживающие в общежитиях, практически беззащитны от алкогольных привычек и традиций с одной стороны, и лишены действенного контроля со стороны семьи — с другой.

Таким образом при планировании любых мероприятий на всех уровнях необходимо в комплексную оценку последствий принимаемых решений включать и социально-наркологическую, то есть рассмотрение влияний планируемых мероприятий на состояние пьянства и алкоголизма в регионе. Социально-наркологическая оценка и прогноз во всех этих случаях являются обязательными, поскольку, в случае ошибок, некоторая часть индивидов может приобщиться к алкоголю. А «чем больше отклоняется поведение отдельных представителей данной социальной общности от развития общества в целом, тем большее время понадобиться обществу для достижения стоящих перед ним целей»[1].

Медико-демографические аспекты смертности лиц, злоупотребляющих спиртными напитками

Л. Г. Перекопская, Л. Г. Розенфельд, В. Г. Прокофьев Г. Б . Касаткин

(Москва, Челябинск)

Одной из актуальных задач современности является сохранение трудовых ресурсов для народного хозяйства страны и продление работоспособного периода жизни населения.

Целью данной работы явилось изучение структуры и характеристика смертности лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, а также выявление влияния смертности лиц

---

[1] Г. В. Осипов. Теория и практика социологических исследований в СССР. М., Наука, 1979, стр. 203.

данной категории на показатель средней продолжительности жизни и сокращение трудового периода жизни. На первом этапе исследования в разработку вошли материалы выкопировки из амбулаторных карт лиц, состоявших на учете в одном наркологическом диспансере, умерших в течение 1976—1979 гг. На втором этапе по углубленной программе анкетным методом была изучена медико-социальная характеристика семей умерших.

Из числа всех умерших 93,2% составили мужчины и 6,8% женщины. По возрастному составу из общего количества умерших лица в возрасте 20—29 лет составили 12,9%, в возрасте 30—39 лет — 31,3%, 40—49 лет — 34,7% 50—59 лет, — 19,1% и 2,0% в возрасте 60 лет и старше. Обращает на себя внимание тот факт, что до 50 лет умерло 81,9% и то, что средний возраст на момент смерти составил 46 лет. Следовательно, смертность лиц, злоупотребляющих спиртными напитками наблюдается в основном в молодом, работоспособном возрасте.

На основании анализа образовательного ценза и возрастного состава изучаемого контингента установлено, что начальное образование имеют только лица 60 лет и старше — 0,68%, 4—6 классов образования имеют все возрастные группы, но их больше в возрасте 40—49 и 50—59 лет (по 10,88%), а всего по всем возрастным группам — 29,25%. Незаконченное среднее образование (7—9 классов) больше имели лица в возрасте 30—39 лет — 12,24% и 40—49 лет — 11,56%, а всего по всем возрастным группам — 34,69%. Среднее образование больше имели лица ввозрасте 30—39 лет и 40—49 лет (по 7,48%), а всего по всем возрастным группам — 19,05%. Среднее техническое образование имели лица 30—39 лет в 4,08% случаев, а 40—49 лет — 2,78%, по всем возрастным группам — 7,48%. Высшее образование имели возрастные группы 30—39 лет — 1,36%, 40—49 и 50—59 лет по 0,68%, а всего по группам высшее образование имели — 2,72% лиц.

По семейному положению — 54,42% лиц из числа исследуемых имели семью; 11,56% в разное время были разведены; 34,02% семьи не имели. Из числа тех, кто имел семью, неудовлетворительные отношения имели 4,76%; периодические ссоры — 4,76% частые скандалы — 90,48% лиц. Если посмотреть по возрасту, то наибольшее количество ссор и скандалов в семье приходится на возрастную группу 40—49 лет — 47,62%; затем идут возрастные группы 20—29 и 30—39 лет (по 19,05%), затем остальные.

Из числа исследуемых 55,36% впервые познакомились с алкоголем в возрасте 15—16 лет; 16,07% — в 17—18 лет, 12,50% — в 19—20 лет; 10,71% — в 13—14 лет; 1,79% — в 11—12 лет, а 3,57 — до 11 лет, т. е. 71,43% лиц познакомились с алкоголем в подростковом возрасте.

Умеренное употребление алкогольных напитков некоторые начала очень рано. Так, 0,90% — до 11 лет; 8,11% — в 11—14 лет; 37% — в 15—16 лет; 19,82% — в 17—18 лет; 18,02% — в 19—20 лет; 5,41% — в 21—22 года; 9,91% — в 23—24 года; 6,31% — в 25—26 лет; 1,80% — в более старшем возрасте. Из перечисленного следует, что регулярное, но умеренное употребление алкоголя 49,55% лиц начали в подростковом возрасте (15—18 лет), 9,10% — в раннем детстве, а остальные — в более старшем возрасте.

Злоупотреблять алкогольными напитками в подростковом возрасте начала 2% юношей, до 25 лет — 20%, от 25 до 30 лет — 33%, до 40 лет — 34% и остальные — старше 40 лет.

Таким образом, наибольшее количество лиц из исследуемого контингента познакомились и начали умеренное употребление алкоголя в детском и подростковом возрасте, а злоупотреблять — в сравнительно молодом возрасте — до 30 лет. Длительность злоупотребления алкогольными напитками до момента смерти 1 год имели 2,03% лиц, исследуемого контингента: 2 года — 4,04%; 3 — 5,05%; а если взять в целом 3 года, то это составило 11,12%. Длительность злоупотребления до 3 лет преобладает в возрастных группах 20—2 9 лет и 40—49 лет (по 4,04%). Если взять более длинные отрезки времени, то длительность злоупотребления до 5 лет имела место у 22,22%. На первое место вышли возрастные группы 30—39 лет и 40—49 лет (по 7,07%). Длительность злоупотребления в 6—10 лет отмечена у 38,38% случаев, на первом месте возрастная группа 30—39 лет — 15,15%. Длительность злоупотребления 11—15 лет имели 25,25%, по возрасту здесь преобладала группа 40—49 лет — 14,14%. Длительность злоупотребления 16—20 лет наблюдалась в 10,10% случаев, лидирует возрастная группа 40—49 лет. Длительность злоупотребления 21 год и более имели 4,04% лиц, все лица этой группы находились в возрасте 50—59 лет. Следовательно, максимальное количество лиц на момент смерти имели длительность злоупотребления 6—10 и 11—15 лет, а лидирующая возрастная группа находилась в прямой зависимости от длительности злоупотребления. Средняя длительность злоупотребления всех исследуемых лиц на момент смерти составила 9,89 лет (9 лет 11 месяцев).

На момент смерти 5,44% лиц изучаемой группы состояли на диспансерном учете в наркологическом кабинете до 6 месяцев, где большую часть составили лица в возрасте 20—29 и 30—39 лет; 28,57% находились на учете 1 год, а большую часть составляли возрастные группы 30—39 и 40—49 лет; 26,53% находились на учете 2 года, самый большой удельный вес составили возрастные группы 30—39 лет и 50—59; 14,97% находились на учете 3 года, здесь преобладает возрастная группа 40—49 лет. 8,84% лиц состояли на учете 4 года, где большую часть составляла возрастная группа 50—59 лет. 4,76% лиц находились на учете 5 лет, а 10,88% — более 5 лет, длительность пребывания на диспансерном учете более 8 лет не отмечалась. В последних перечисленных группах преобладали лица в возрасте 30—39 и 40—49 лет, значительно увеличилась группа 50—59. Из вышеизложенного ясно, что лица, злоупотребляющие алкоголем поздно берутся на диспансерный учет: фактически когда у них уже сформировался хронический алкоголизм.

По возрасту диагнозы распределились следующим образом: 9,52% лиц имели хронический алкоголизм III ст., из них 4,08% были в возрасте 50—59 лет, остальные в возрастных группах 30—39 и 40—49 лет; 74,83% имели хронический алкоголизм II ст., 28,57% из них были в возрасте 40—49 лет, 23,13% в возрасте 30—39 лет, остальные в других возрастных группах; 5,44% имели диагноз хронический алкоголизм I ст., основная масса была в возрасте 20—29 лет, остальные — 30—39 лет и 40—49 лет; 5,44% имели диагноз хронический алкоголизм без указания степени, это в основном возраст 20—29 лет; 4,76% — диагноз «бытовое пьянство», возраст этой группы — 30—39 и 40—49 лет.

Все проходили лечение от одного до шести раз амбулаторно или стационарно, а некоторые в ЛТП. Шесть раз проходили лечение лица в возрасте 40—49 и 50—59 лет — 2,44%, пять раз лечились лица в возрастных группах 30—39 и 40—49 лет — 1,63%, четыре раза лечились лица в возрасте от 30 до 59 лет — 3,25% 15,45% лиц лечились 3 раза из всех возрастных групп, где более половины составила возрастная группа 30—39 лет; 32,52% лиц находились на лечении два раза, из них 12,20% в возрасте 40—49 лет, 7,32% в возрасте 30—39 лет, 6,50% в возрасте 20—29 лет, в старших возрастных группах таких случаев было значительно меньше. Один раз лечились 44,72% лиц из всех возрастных групп, но большее количество их приходится на возрастные группы 40—49 лет — 17,89% и 30—39 лет — 13,01%. 21,14% лиц проходили лечение в ЛТП, а 50% из них составили лица в возрасте 40—49 лет, 38,46% — в возрасте 30—39 лет; 7,69% — в возрасте 20—29 лет и 3,85% лица в возрасте 50—59 лет.

После проведенного лечения в ЛТП, в стационаре или амбулаторно у 27,63% лиц воздержания от спиртных напитков не было или не превышало одного, двух дней, при этом выявляется закономерность: чем старше возраст и длительность употребления алкогольных напитков, тем больший процент лиц не имели воздержания от алкоголя. Так, в возрасте 20—29 лет их было 3,95%, а в возрасте 50—59 лет — 10,53%. Одну-две недели воздерживались от алкоголя после лечения — 5,26% человек; один-два месяца — 26,32% человек; три-четыре месяца — 18,42%; пять-шесть месяцев — 13,16%. От шести месяцев до одного года воздерживались от алкоголя 27,63%; два-три года воздерживались 3,95%, а более трех лет — только 2,63% человек.

Непосредственной причиной смерти по классам на первое место вышли несчастные случаи, отравления и травмы, которые составили 58,90%, на второе место — новообразования (15,07%), на третье — болезни органов кровообращения (9,59%), на четвертое — болезни органов пищеварения (6,85%), на пятом — болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные болезни (по 2,74%), а симптомы, синдромы и неточно обозначенные состояния составили оставшиеся 4,11%. Среди инфекционных и паразитарных болезней первое место занимает туберкулез легких. Новообразования занимают значительный удельный вес и по всем возрастным группам работоспособного возраста распределяются равномерно. После 50 лет наблюдается тенденция к увеличению. По нозологическим формам среди новообразований на первом месте стоит рак легкого, составляющий 36,4% от всех новообразований, на втором месте — рак желудка и рак пищевода (по 20%), затем идут рак печени и рак гортани.

Болезни органов кровообращения по количеству случаев смерти стоят после новообразований, на первом месте здесь — ишемическая болезнь сердца 66,7%, затем идет инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз и другие заболевания. По возрасту эти заболевания встречаются в группах 20—29, 30—39 и 40—49 лет, но чаще в двух последних возрастных группах.

Следующую большую группу составляют болезни органов пищеварения, а среди них на первом месте — цирроз печени 60%, затем идут заболевания поджелудочной железы. Болезни органов пищеварения встречаются в двух воз-

растных группах 30—39 и 40—49 лет, однако подавляющее большинство из них приходится на возраст 30—39 лет.

Среди болезней органов дыхания чаще наблюдаются астма и хронический бронхит. Эти заболевания отмечены в возрасте 40—49 и 50—59 лет.

Среди несчастных случаев, отравлений и травм лидировала возрастная группа 30—39 лет, она составила 40,38%, затем идут группы 20—29 и 40—49 лет (по 26,19%), 50—59 лет — 7,14%.

Более одной трети несчастных случаев, отравлений и травм кончились смертью в результате суицидальной попытки. Повешение явилось причиной смерти у 14,29% лиц, отравления различными ядами и химическими веществами тоже — у 14,29% лиц, другими причинами смерти были самоубийства огнестрельным оружием и под железнодорожным транспортом, в основном это люди в возрасте 30—39 лет. Среди повесившихся одну треть составили молодые люди в возрасте 20—29 лет.

Несчастные случаи на производстве составили лишь 2,38%. Другими причинами были убийства в пьяном виде — 16,67%, из них 9,52% лица в возрасте 20—29 лет, остальные в возрасте 30—39 и 40—49 лет. Алкогольные отравления составили 9,52%, утонули в пьяном состоянии 11,9%, столько же сгорели или задохнулись во время пожара, 4,76% умерли в результате травмы, полученной в пьяном виде, остальные погибли от асфиксии или автодорожной катастрофы.

Анализируя взаимосвязи причин смерти и длительности злоупотребления алкогольными напитками можно отметить следующее, что 44,29% лиц умерли при злоупотреблении от шести до десяти лет, из них от несчастных случаев, отравлений и травм 31,43%, от болезней системы кровообращения 5,71%, от болезней органов пищеварения, инфекционных и паразитарных по 2,86%, а от заболеваний органов дыхания 1,43%. При злоупотреблении до 5 лет умерли 20% человек, из них 17,14% — от несчастных случаев, отравлений и травм, а 2,86% — от болезней системы кровообращения. При злоупотреблении от 11 до 15 лет умерли 17,14% человек, из них от новообразований, несчастных случаев, отравлений и травм по 5,71%, от болезней органов пищеварения 4,29%, от болезней системы кровообращения — 1,43% человек. При злоупотреблении от 16 до 20 лет умерли 10% человек, из них от новообразований 5,71%, от несчастных случаев, отравлений и травм — 2,86%, остальные от болезней органов дыхания.

При изучении влияния длительности злоупотребления алкоголем на трудовую деятельность установлено, что более

половины изучаемого контингента совершали прогулы, наибольшее количество прогульщиков приходится на возрастную группу 40—49 лет (36,84%), на втором месте стоит возрастная группа 30—39 лет (26,32%), на третьем — группа 20—29 лет (19,74%) и затем идет возрастная группа 50—59 лет (17,11%).

Около половины (46,05%) из числа прогульщиков часто меняли место работы. На первое место здесь вышла возрастная группа 40—49 лет (34,29%), на второе 30—39 лет — (31,43%), на третье 50—59 лет — (20%) и на четвертое — возрастная группа 20—29 лет — (14,29%).

Снижение квалификации наблюдалось у 18,42% прогульщиков и в первую очередь в возрастной группе 30—39 лет, которая составила 42,86%, затем в группе 40—49 лет — 28,57% и наконец в группах 20—29 и 50—59 лет по 14,29%.

Более 80% имели приводы в милицию и медвытрезвитель. На первое место здесь вышла возрастная группа 40—49 лет— 37,5%, на второе — 30—39 лет (29,17%), третье — 20—29 лет (22,92%) и на четвертое 50—59 лет — 10,42% Около 20% имели судимость, 15% имели по две—три судимости. Наибольшее количество судимостей приходится на лиц в возрасте 30—39 и 40—49 лет (по 40,74%).

Известно, что длительное злоупотребление алкогольными напитками приводит к характерологическим изменениям личности. В последние годы своей жизни 40,74% лиц отмечали, что они стали более вспыльчивыми, у 38,27% появилась агрессивность, 37,04% стали более грубыми, 24,69% — раздражительными, 19,75% — часто затевали скандалы, 14,81% — были злобными к окружающим, 8,64% отмечали снижение памяти, у некоторых отмечалась лживость, беспричинная ревность и обидчивость. Все эти изменения чаще всего встречались в возрасте 40—49 лет.

В результате анализа смертности лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, можно сделать следующие выводы:

обращает на себя внимание раннее знакомство со спиртными напитками. Регулярное, неумеренное употребление алкоголя начинается в возрасте до 18 лет (18,55%);

ранняя смертность лиц, злоупотребляющих спиртными напитками бесспорно оказывает влияние на среднюю продолжительность жизни;

средний возраст умерших 46 лет свидетельствует о потере трудовых ресурсов в работоспособных возрастах;

тенденция к деградации личности по возрастным и профессиональным группам свидетельствует о моральном, социальном и экономическом ущербах;

злоупотребление алкоголем оказывает неблагоприятное влияние на показатели брачности, рождаемости, т. к. основная часть исследуемого контингента не имеет семей.

Влияние алкоголя на смертность от травм

В. П. Русакова

(Москва)

В последние десятилетия во всем мире отмечается увеличение потребления алкоголя. Это в свою очередь может вызвать привыкание к нему, что ведет к таким заболеваниям, как хронический алкоголизм со всеми вытекающими последствиями. На фоне хронического алкоголизма могут возникнуть острые отравления алкоголем, что может привести к смерти.

Злоупотребление алкоголем приносит большой экономический ущерб государству, так как люди либо не могут работать — у них возникают обострения хронических заболеваний, либо являются причиной возникновения несчастных случаев, отравлений и травм (на улице, в быту, на производстве). Так, экономические убытки в Австралии от прогулов в результате алкоголизма составляли в 1960 г. 80 млн. долларов. Алкоголики совершают в 2,5 раза больше прогулов, чем другие работники; несчастные случаи на производстве бывают среди алкоголиков в 3 раза чаще, чем у остальных. Производительность труда у них снижается. Поэтому трудно подсчитать размеры действительных экономических потерь из-за пьянства.

Schmidt установил, что в США экономические потери от последствий алкоголизма составляют около 4,3 млрд. долларов. Но общий ущерб, по его словам, значительно выше.

Велик удельный вес невыходов на работу, производственный травматизм, низко качество работы, выполняемой алкоголиками. По данным Института промышленной гигиены в Колорадо-Спрингс, алкоголики пропускали 22 рабочих дня в году, в 4 раза чаще нуждались во врачебной помощи, в 7 раз чаще подвергались производственному травматизму и умирали на 12 лет раньше по сравнению со средней продолжительностью жизни. Большая распространенность алкоголизма среди лиц моложе 50 лет свидетельствует об угрозе преждевременного выбывания рабочей силы в период максимальной работоспособности.

Литературные данные говорят о том, что большое количество преступлений совершаются при наличии алкогольного опьянения (самоубийства, убийства). F. Lemere (1953 г.) изучил причины смерти 500 умерших алкоголиков и нашел, что 14% из них погибли от самоубийств. E. Derrick (1967 г.) исследовал все суициды (1685 случаев), наблюдавшиеся в Австралии за 1965 г. и пришел к выводу, что 20% из них связано с злоупотреблением алкоголя. Кроме того, на основе анализа 170 случаев убийств, совершенных в Австралии за 1965 г., он пришел к выводу, что 50% из них можно отнести за счет алкоголизма. В 1960 г. шеф полиции штата Новый Южный Уэльс утверждал, что 30% всех правонарушений совершается в состоянии опьянения. В течение одного 1968 г. в Австралии были судимы 134000 человек за пьянство и 50% всех заключенных в тюрьму были осуждены за преступления, связанные с пьянством.

Социальные последствия алкоголизма разнообразны. Это убийства, самоубийства, автомобильные катастрофы, уголовные преступления, экономические убытки, затраты на медицинскую и социальную помощь больным, разводы. В течение 1969 г. в Австралии зарегистрировано 11000 официальных, юридически подтвержденных, разводов. A. Horley (1960 г.) нашел, что 40% всех разводов связано с проблемой алкоголизма.

G. Krupinski (1970 г.) изучал группу, состоящую из матерей, разведенных с мужьями, и их детей (252 матери и 852 ребенка, т. е. 3—4 ребенка на одну мать). В 55% распавшихся семей муж был алкоголиком. Разведенные жены и их дети образуют группу с «высоким риском» развития алкоголизма в последующей жизни.

Отрицательными последствиями алкоголизма являются: нарушение адекватной реакции на окружающую обстановку, плохое воспитание детей, несчастные случаи на транспорте.

В настоящее время во многих странах отмечается увеличение числа несчастных случаев со смертельным исходом, вызванных дорожными происшествиями. Так, по данным Л. Г. Норман, в Великобритании в 1896 г. было зарегистрировано всего два случая смерти в результате автомобильно-дорожных происшествий, в США (1899 г.) — один случай. К 1951 г. их стало около 1 миллиона.

Отчасти это обусловлено широким распространением многих видов транспорта во второй половине XX столетия. В ряде стран автомобильный травматизм вырос до размеров

национального бедствия. В настоящее время в США ежегодно гибнет при автомобильных авариях около 60000 человек и 2 млн. человек получают ранения. Примерно такое же количество жертв автомобильного травматизма ежегодно регистрируют в странах Западной Европы.

В нашей стране, несмотря на огромные усилия по профилактике транспортного травматизма, число жертв также продолжает оставаться высоким, прочно удерживая первое место среди других видов несчастных случаев.

Причинами дорожно-транспортных происшествий могут быть как пешеходы, так и водители, несоблюдение ими правил безопасности, злоупотребление алкоголем. Кроме того, важное значение имеет состояние дорог, наличие технических дефектов в машине, вечернее освещение и ряд других факторов.

Рост числа несчастных случаев на транспорте тесно связан с проблемой алкоголизма. В 1966 г. в ФРГ (включая Западный Берлин) из общего числа пострадавших со смертельным исходом 26,4% находились в состоянии алкогольного опьянения. По данным ряда авторов, более 50% особенно тяжелых несчастных случаев наблюдается в состоянии алкогольного опьянения.

За 1968 г. на дорогах Австралии погибло в результате автомобильных катастроф 3382 человека и 82210 человек получили ранения; в 50% этих несчастных случаев и смертей повинны водители, находившиеся под воздействием алкоголя.

Социальной трагедией является тот факт, что большинство погибающих на дорогах людей — это лица молодого возраста.

Необходимо отметить, что в ряде капиталистических стран закон допускает управление транспортом лицами, принимающим и алкогольные напитки. Так, например, в Швейцарии, Австрии допустимым содержания алкоголя в крови водителей является 0,8‰, в ФРГ — 1,3‰, в Англии вообще нет закона, который устанавливал бы такой предел. В Советском Союзе не допускается прием даже минимальных количеств алкоголя при нахождении за рулем, так как давно уже доказано, что легкие степени опьянения при управлении автомашиной не менее опасны. Но эти правила, к сожалению, нарушаются и тогда возникают нежелательные последствия. Так, по данным бюллетеня Управления ГАИ Главного управления внутренних дел Мосгорисполкома, в 1976 г. в одном из городов РСФСР по вине водителей, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, было совершено 324 дорожно-

транспортных происшествия, при которых 28 человек погибло на месте происшествия и 404 человека получили тяжелые повреждения, закончившиеся либо смертельным исходом уже в стационаре, либо стойкой потерей трудоспособности. По вине нетрезвых пешеходов было зарегистрировано 382 дорожно-транспортных происшествия, при которых 94 человека погибли и 861 человек ранены.

В настоящее время как в СССР, так и в экономически развитых зарубежных странах, несчастные случаи, отравления и травмы являются одной из основных причин смерти населения. Значительная доля умерших среди погибших от всех видов травм приходится на несчастные случаи, особенно связанные с транспортом, уровни смертности от которых постоянно увеличиваются.

Все вышеизложенное говорит о том, что смертность от травм и ее связь с алкоголем является не только задачей здравоохранения, она имеет социальное значение. Государственная статистика смертности не дает нам возможность установить связь между уровнем смертности от травм и употреблением алкоголя, поэтому во ВНИИ им. Н. А. Семашко в дополнение к материалам государственной статистики смертности было проведено специальное исследование, целью которого являлось изучение в одном из населенных пунктов смертности от всех видов травм, закончившихся смертельным исходом, и ее связи с наличием алкоголя у пострадавших. В исследование были включены лица старше 15 лет, на их долю приходилось 97,5% всех погибших от травм.

Для выполнения поставленной задачи нами были использованы врачебные свидетельства о смерти на лиц старше 15 лет, имевших постоянное место жительства и погибших в изучаемом году, была разработана специальная статистическая карта, куда вносились необходимые сведения из актов судебно-медицинских вскрытий, историй болезней. Карта содержала паспортные данные, дату и место смерти (при госпитализации — дату госпитализации), обстоятельства несчастного случая, данные судебно-медицинского или патолого-анатомического вскрытия, заключение о причине смерти и обязательным вопросом было наличие алкоголя в крови и его концентрация.

Разработка материала проводилась в зависимости от места смерти. Если пострадавший находился в стационаре, то фиксировалось количество дней, которое он там провел до момента смерти и т.д. Причины смерти разрабатывались как по внешней причине, так и по характеру повреждения. При

составлении списка причин смерти была использована международная статистическая классификация болезней, травм и причин смерти 8-го пересмотра.

В разработку вошли врачебные свидетельства о смерти, часть из них была дополнена сведениями из первичной медицинской документации (87,9%). В половине всех случаев смерти (51,7%) было указание о наличии алкоголя в крови.

В структуре причин смерти от несчастных случаев со смертельным исходом 25,1% приходится на несчастные случаи, связанные с транспортом, 24,8% составляют умершие от несчастных случаев, связанных с отравлением, причем более половины из них (17,2%) составляют умершие от острого отравления алкоголем.

Нам представляется, что эти две вышеописанные причины (алкоголь и травматизм) переплетаются, ибо чрезмерное употребление алкоголя, если оно само по себе не закончилось смертельным исходом, может явиться причиной дорожного происшествия. Поэтому важное значение в профилактике транспортных происшествий имеет борьба с пьянством, так как до 50% всех несчастных случаев на дорогах происходит в результате употребления алкоголя.

Сущность отрицательного влияния алкогольных напитков на профессиональные навыки водителей заключается в замедлении реакций, нарушении координации движений, зрительных и слуховых реакций, меняется цветоощущение, страдает адаптация зрения к изменению освещенности и т. д.

Учитывая, что употребление алкоголя само по себе может явиться причиной смерти в нашем исследовании была выделена группа лиц, погибших от острого отравления алкоголем, которые составляют 14,7% всех умерших от травм; вторая группа — это лица, погибшие от травм с наличием алкоголя в крови (28,9%). Представляет интерес распределение этих умерших в зависимости от концентрации алкоголя в крови на момент вскрытия. При этом нами использовались рекомендации, предложенные главным судебно-медицинским экспертом МЗ СССР (1977 г.) о функциональной оценке различных концентраций алкоголя в крови. Исходя из этих рекомендаций, наличие алкоголя в крови менее 0,3‰ не оказывает отрицательного влияния на человека. Тем не менее по нам данным зарегистрировано 3 случая смерти с данной концентрацией (2 мужчин в 25—44 года и 1 женщина в 65—74 года), причем во врачебном свидетельстве о смерти другой патологии не указано. Следующая концентрация (0,3—0,5‰), по данной классификации, оказывает незначительное влияние, а концентрация 0,5—1,5‰ вызывает лег-

кое опъянение. Наличие алкоголя в крови в количестве 1,5—2,5‰ вызывает опьянение средней тяжести, а от 3 до 5‰ — это тяжелое алкогольное опьянение, при котором уже может наступить смерть, а более 5‰ — это концентрация смертельная.

Анализ нашего материала дал возможность установить, что наибольшее количество умерших от алкогольной интоксикации отмечалось именно при концентрации выше 3‰ (88,2%) причем, более чем у половины из них (53,4%) концентрация алкоголя в крови составляла 3—5‰. Несмотря на то, что концентрация алкоголя в кроми до 3‰ не является смертельной для человека, тем не менее на лиц, умерших при данной концентрации, приходится 8,3% всех смертных случаев, связанных с употреблением алкоголя.

Наибольшее количество умерших приходится на наиболее трудоспособный возраст, т. е. 35—44 и 45—54 гг. (34,5% и 34,1% соответственно).

Как уже указывалось, алкогольная интоксикация не всегда является основной причиной смерти, но даже при невысокой ее концентрации в крови, она оказывает влияние на человека, его психическое состояние, реакцию на окружающую обстановку. Разработка наших данных показала, что многие виды несчастных случаев, отравлений и травм совершались именно в состоянии алкогольного опьянения. Углубленный анализ несчастных случаев с наличием опьянения показал, что у 43,3% погибших в крови было обнаружено более 3‰, у 19,2% лиц, погибших от травм в состоянии опьянения, концентрация алкоголя не была указана (табл.).

Таблица

Распределение умерших в зависимости от пола и концентрации алкоголя в крови (в %)

Концентрация алкоголя в крови (в ‰)	Всего умерших с опьянением			Умершие от острого отравления алкоголем		
	М	Ж	ОП	М	Ж	ОП
До 0,29	1,7	1,8	1,7	—	—	—
0,30—0,49	1,7	3,4	1,9	0,3	0,9	0,4
0,50—1,49	9,0	13,1	9,6	1,7	—	1,5
1,50—2,49	15,1	10,0	14,4	2,4	2,6	2,4
2,50—2,99	10,3	7,1	9,9	4,3	2,6	4,0
3,00—5,99	32,5	35,6	32,9	51,5	63,7	53,4
6,00 и более	10,7	8,5	10,4	36,4	25,7	34,8
Концентрация не указана	19,0	20,5	19,2	3,3	4,4	3,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Наличие алкоголя в крови способствует возникновению других видов несчастных случаев подтверждается материалами нашего исследования. Так, при несчастных случаях, связанных с утоплением, алкоголь был указан в 49,6%, с механическим удушьем, закупоркой дыхательных путей пищевыми массами и другими предметами — в 55,3%, на железнодорожном транспорте — в 34,2% смертных случаев.

Наличие связи алкогольной интоксикации с различными видами несчастных случаев, отравлений и травм отмечают и другие исследователи. Так, A. Hansen в 1956 г. обнаружил в крови погибших от несчастных случаев рабочих Восточного Берлина 0,5% алкоголя, а Ostapowier по данным обследования в клинике скорой помощи, установил наличие алкоголя в крови пострадавшего в 18% случаях. С 1956 по 1960 гг. детальные исследования проводились на многих крупных предприятиях. Результаты проведенного во Франции анализа крови у 1 000 пострадавших и 3 000 контрольных лиц показали, что при содержании алкоголя в крови в количестве более 0,25%о несчастные случаи наблюдались на 50% чаще, чем при меньшей концентрации.

Таким образом, анализ литературных данных и материалов специального исследования показали, что злоупотребление алкоголем приводит к снижению и потере трудоспособности, увеличению числа преступлений, разводов, наносит большой экономический ущерб государству. Половина всех смертных случаев от травм произошли в состоянии алкогольного опьянения и в основном за счет лиц трудоспособного возраста.

Все это говорит о том, что проблема алкоголизма в настоящее время приобретает социальную значимость и требует усиления внимания к ней многих специалистов: врачей, педагогов, инженеров, работников ГАИ, общественников и др.

В СССР этому вопросу уделяется должное внимание как со стороны наших правительственных органов, так и органов здравоохранения. Организована наркологическая служба (кабинеты в поликлиниках, МСЧ крупных предприятий). Широко используются различные формы пропаганды: радио, телевидение, кино, лекции и т. д.

Для выяснения влияния отдельных социальных факторов и их комплекса на возникновение алкоголизма и его отрицательного влияния необходимо проведение специальных исследований к которым мы относим и результаты проведенного нами исследования.

Подготовка кадров в высшей медицинской школе в связи с проблемами народонаселения в РСФСР

Т. В. Журавлева

(Москва)

Генеральным направлением всего народного хозяйства нашей страны на предстоящее десятилетие решениями XXVI съезда КПСС определены экономичность и качество во всех сферах деятельности. Страна последовательно переходит ко все более интенсивному пути развития промышленности и сельского хозяйства. А это диктует необходимость реконструкции, автоматизации существующих промышленных производств, интенсификации всего сельского хозяйства, разработки эффективных систем управления.

Одним из главных факторов, усложняющих экономическое развитие, товарищ Л. И. Брежнев назвал сокращение прироста трудовых ресурсов, что диктует необходимость бережного, экономного отношения к этим ресурсам, разработки и осуществления эффективной демографической политики.

Чтобы определить конкретные задачи, стоящие перед высшей медицинской школой, необходимо объективно оценить демографический фон, в условиях которого нам предстоит работать в конце II—начале III тысячелетия. Особенно остро, как известно, проблема народонаселения стоит именно в РСФСР и при этом за счет низкой рождаемости среди русского населения. Учитывая принятую XXVI съездом КПСС программу ускоренного формирования территориально-производственных комплексов преимущественно на Востоке и Севере страны, т. е. в Российской Федерации, есть над чем подумать всей системе нашего здравоохранения, включая разработку эффективных и отвечающих требованиям времени форм и методов подготовки и использования врачебных и научно-педагогических медицинских кадров.

Медицина вновь, как в первые годы революции и в период Великой Отечественной войны, становится одной из ведущих производительных сил нашего общества. Как никогда остро поэтому встают проблемы существенного улучшения качества подготовки врачей, которым и предстоит работать в указанных решениями XXVI съезда партии для РСФСР семи новых районах преимущественного развития промышленности и сельского хозяйства: Нечерноземной зоне, Центрально-Черноземном районе, Поволожье, Северном Кавказе, Урале и, особенно, Сибири и Дальнем Востоке.